**Лекція 6.**

**Тема: Диференціальна діагностика дизартрії**

**Дизартрія** – розлад вимовної організації мовлення, пов’язане з ураженням центрального відділу мовленнєво-рухового аналізатора і порушенням іннервації м’язів артикуляційного апарату. Структура дефекту при дизартрії включає порушення мовної моторики, звуковимови, мовного дихання, голосу і просодичної сторони мови.

Цетяжке порушення мови, що супроводжується розладом артикуляції, фонації, мовного дихання, темпо-ритмічної організації та інтонаційного забарвлення мови, в результаті чого мова втрачає свою членороздільність і виразність.

Виділення клінічних форм дизартрії у дітей є складним і умовним, так як у них рідко бувають локальні ураження мозку, з якими пов’язані чітко визначені синдроми, що дозволяють віднести дизартрію до тієї або іншій формі.

Органічні ураження мозку у дітей передує розвитку мовлення, тому спотворюється хід онтогенезу всієї мовленнєвої діяльності. У дорослих дизартрія викликана локальними ураженнями мозку, у дітей ці порушення дифузні і розмиті, без чітко вираженого вогнища ураження. Класифікація дизартрій у дітей складна у зв’язку зі змішаною симптоматикою і клінічною картиною. З іншого боку розвивається мозок, його пластичність, пристосовність забезпечують певну компенсацію.

Робляться спроби класифікувати дизартрії у дітей на основі локалізації ураження ЦНС. Тим не менш виділені форми мають своєрідне прояви порівняно з дизартріями дорослих.

У дитячій практиці не виділяють бульбарну дизартрію, тому що порушення довгастого мозку не сумісні з життям. Бульбарна дизартрія у дітей виділяється як набута внаслідок захворювань вуха або інфекційних захворювань, що призводять до ураження периферичних нервів (паратит або скарлатина). Такі прояви дизартрії не пов’язані з ураженням власне довгастого мозку і відрізняються за проявами від бульбарної дизартрії.

Дитяча форма псевдобульбарного паралічу зустрічається особливо часто, як залишковий синдром раннього ураження мозку. Дитяча псевдобульбарная дизартрія має складний патогенез: можуть спостерігатися і центральні спастичні паралічі, і екстрапірамідні порушення м’язового тонусу, різні гіперкінези (автоматичні насильницькі рухи в наслідок мимовільного скорочення м’язів), різні рухові порушення. Прийнято вважати, що дитяча псевдобульбарная дизартрія пов’язана з вогнищами поразки в корі головного мозку, а саме в передніх відділах центральної звивини. У дітей з ДЦП найбільш часто зустрічається форма дизартрії.

Багато авторів (Волкова Л. С., Семенова К. А., Мастюкова Е. М.) виділяють спастичну і паретичну форми дитячої псевдобульбарної дизартрії. Ці форми дизартрії характерні для дитячої практики і найчастіше зустрічаються у дітей з ДЦП.

**Спастична форма.**

Відзначається виражена спстичность артикуляційної і фонационой мускулатури. Рухливість м’язів, внаслідок парезу, різко обмежена. Утруднене довільне розслаблення, спроба руху або рух викликає підвищення м’язового тонусу в м’язах. Особливістю цієї форми дизартрії є наявність сінкезі, що продовжується. Найхарактернішою синкинезией є рух нижньої щелепи, нижньої губи при спробі підняти кінчик язика вгору. Характерно збереження рефлекторних рухів при відсутності довільних.

Спастична псевдобульбарная дизартрія виникає внаслідок двостороннього ураження кортико – нуклеарних шляхів.

**Паретична форма псевдобульбарной дизартрії.**

Відзначається виражений перез мовних м’язів зі значною слабкістю і обмеженням рухів, знижений або не різко підвищений м’язовий тонус. Спостерігається переважання паретичних компонента над спастичним. Відзначається слабкість в лицьовій і артикуляційній мускулатурі, труднощі в утриманні артикуляційної пози, мова зазвичай млявий, розпластаний. Мова може ухилятись в бік більш паретичній сторону. Спостерігається виснаженість рухів. Жування ослаблене. Паретичність лицьових м’язів може проявлятися у вигляді амімії (тобто відсутність міміки або її ослаблення).

Відзначається незначне підвищення тонусу в окремих м’язових групах і зниження в інших групах. При паретичній формі псевдобульбарній дизартрії страждає вимова губних звуків, що вимагають м’язових зусиль (П,Б,М), порушені передньо-мовні звуки з підйомом кінчика язика вгору (Р,Л,Ш,Ж,Ч). Паретичность і ослаблення рухів м’якого піднебіння приводить до носового відтінку мови. Мова при паретичній формі повільна, афонічна, зазначається слинотеча.

Локалізація ураження при паретичній формі імовірно в області Варолієва мосту.

Для цієї форми дизартрії характерно уповільнене, напружене вимова, слабка повітряний струмінь, недостатня для вимови навіть губних звуків, зміщення артикуляції передньоязичних в середні і задні відділи. Спастичне звуження кінчика язика може призвести до міжзубної вимові.

Гіперсалівація характерна для псевдобульбарної дизартрії, що пов’язано з обмеженням рухів м’язів мови, порушенням довільного ковтання, парезом губних м’язів. Часто гіперсалівація пов’язана зі зниженням чутливості в артикуляційному апараті. Дитина не відчуває випливає слини.

О. В. Правдіна виділяє паралітичну, спастичну, гіперкінетичним, змішану та стерту форми дитячого псевдобульбарного паралічу.

Паретичність проявляється у вигляді млявості, зменшення сили рухів, виснаженості. Будь артикуляційна рух здійснюється повільно, часто не доводить до кінця, повторення руху утруднено.

В процесі їжі або інших повсякденних дій дитина може відтворити ті рухи, які неможливі при довільному їх виконання.

Стерті форми дитячої псевдобульбарної дизартрії зустрічаються дуже часто і часто їх плутають з звичайними дислаліями. При відсутності виражених порушень у рухах мови можна відзначити недостатність сили, рухів, неточність, приблизність, повторення рухів викликає швидке стомлення, іноді спостерігається посиніння іл утруднення збереження певної пози. Такі незначні порушення артикуляції виявляються тільки при спеціальному дослідженні, але приводять до неточностей звуковимови різних спотворень звуків, смазаности, стертості, мови.

О. Н. Винарская «Вважає, що дитяча псевдобульбарна дизартрія більше, ніж у дорослих пов’язана з вогнищами ураження головного мозку, а саме нижньої третини передніх центральних звивин. У багатьох випадках є вогнища ураження лобових часток, підкіркових ядер кортико-бульбарних шляхів різного рівня. Тому найменування псевдобульбарної дизартрії недостатньо коректно патогномонічно і топическом відносинах. Виділяються варіанти такої «псевдобульбарної» дизартрії – паралітичний, спастичний, гіперкінетичний, рудиментарний – мають лише описовий характер»

**Розмежування бульбарної дизартрії від паретичній псевдобульбарній**

**проводиться в основному за такими критеріями:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Критерії** | **бульбарна дизартрія** | **паретична псевдобульбарна дизартрія** |
| **характер парезу або паралічу мовної мускулатури** | периферійний | центральний |
| **характер порушення мовної моторики** | порушені довільні і мимовільні рухи | переважно довільні |
| **характер ураження артикуляційної моторики** | дифузний, | виборчий з порушенням тонких диференційованих артикуляційних рухів |
| **специфіка порушень звуковимови** | артикуляція голосних наближається до нейтрального звуку,  голосні і дзвінкі приголосні оглушені. | відсунута назад, поряд з оглушенням приголосних спостерігається їх одзвінчення |
|  |  | при псевдобульбарній дизартрії навіть при переважанні паретичного варіанту в окремих м’язових групах відзначаються елементи спастичності. |

**Диференційна діагностика дизартрії**

*(проводиться у двох напрямках: відмежування дизартрії від дислалії).*

З метою виявлення мінімальних проявів дизартрії використовують функціональні проби (М. Б. Ейдінова, О. М. Мастюкова, О. В. Правдіна та ін.), у першій з яких дитину просять відкрити рот, висунути язик уперед і утримувати його нерухомо по середній лінії, одночасно слідкуючи очима за предметом, який учитель-логопед переміщує зі сторони в сторону. Результати проби свідчать про дизартрію, коли в момент руху очей спостерігається деяке відхилення язика у сторону переміщуваного предмета.

Друга функціональна проба передбачає виконання дитиною артикуляційних вправ, під час якого руки вчителя-логопеда знаходяться на шиї дитини. Дизартричними проявами є закидання дитиною голови чи напруження шийної мускулатури під час виконання нею найбільш тонких диференційованих рухів язиком.

З метою полегшення відмежування дислалії від мінімальних проявів дизартрії нами у вигляді порівняльної таблиці були виділені та коротко охарактеризовані основні діагностичні критерії зазначених мовленнєвих порушень.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Діагностичні критерії*** | | | | ***Логопедичний висновок*** | |
| *Дислалія* | *Стерта форма дизартрії* |
| Анамнестичні дані | вагітність і пологи | | | в нормі | ускладнені |
| крик | | | дзвінкий, тривалий | часто глухий, короткий, із обмеженим інтонуванням |
| органічне ураження ЦНС | | | відсутнє | наявне у вигляді вогнищевої мікросимптоматики |
| неврологічна симптоматика | | | відсутня | наявна у вигляді асиметрії обличчя, органів мовнорухового апарату, зокрема язика та м’якого піднебіння, згладженості носо-губних складок; незначні девіації язика, різне розкриття очних щілин; внаслідок парезу губ рот у спокої напіввідкритий |
| м’язовий тонус | | | зміна тонусу відсутня | змінений за паретичним типом зі значною вираженістю як в артикуляційній і мімічній мускулатурі, так і в мускулатурі рук |
| салівація | | | ковтання слини автоматизується у процесі розвитку мовлення | під час мовлення слина накопичується у роті та витікає з його куточків; утруднена автоматизація ковтання слини |
| вегетативні порушення | | | часті, у вигляді гіпергідрозу (підвищеного потовиділення) шкіри долонь і стоп, червоного дермографізму шкіри, симптому Хвостека | яскрава вираженість у вигляді значного гіпергідрозу кінцівок, зміна їх кольору та температури |
| ранній мовленнєвий розвиток | | гуління, лепет | недостатньо інтоновані | інтоновані |
| затримка мовлен-нєвого розвитку | відсутня | наявна: перші слова з’являються у 1,5–2 р., фразове мовлення – у 2–3 р. |
| Рухова сфера | загальна характеристика | | | в нормі; висока пластичність і координованість | дещо уповільнений темп розвитку; точність рухів знижена, недостатнє відчуття ритму; статична та динамічна диспраксія |
| динамічний праксис | | | збережений | порушений; уповільнене переключення з одного руху на інший |
| загальна моторика | | | без патології, сухожильні рефлекси рівномірні | яскраво виражена незграбність |
| артикуляційні рухи | | | можуть бути збереженими чи утрудненими внаслідок органічних дефектів периферичного мовленнєвого апарату | неточні; язик постійно хаотично рухається, ніби не може знайти потрібного положення, часта зміна його конфігурації, труднощі утримання артикуляційної пози, девіації язика; корінь язика напружений, кінчик виражений недостатньо; при відкритті рота язик неспокійний, злегка відтягується назад, при потребі у русі язик стає вузьким і довгим або в’ялим і неповоротким у русі; обмеження обсягу найбільш тонких і диференційованих рухів; спостерігається патологія реципрокної іннервації (наприклад, при дещо підвищеному тонусі м’язів кореня язика може відмічатися однобічне зниження тонусу його бічної сторони чи кінчика) |
| синкінезії | | | відсутні | наявні – рух нижньої щелепи при підйомі язика вгору, рух пальців при рухах язика |
| Тривалість вироблення та стійкість гігієнічних навичок | | | | швидка і стійка | повільна і недостатня |
| Розлади сну | | | | відсутні | досить часті |
| Емоційна сфера | | | | стабільна | нестабільна |
| Пізнавальна сфера | пізнавальна активність | | | достатня | низька; труднощі переключення з одного виду діяльності на інший |
| увага різних модальностей | | | в нормі | нестійка |
| оптико-просторовий гнозис | | | неточний; труднощі орієнтування в схемі тіла |
| сформованість сенсорних еталонів | | | недостатня; труднощі при визначенні та називанні кольорів і відтінків, розмірів і форм предметів |
| Мовленнєва діяльність | найбільш ушкоджена ланка | | | звуковимова | звуковимова, просодика |
| мовленнєва активність | | | підвищена | знижена |
| комунікабельність | | | легка | утруднена |
| дихальна функція | | | в нормі | дихання поверхневе, ключичне, аритмічне; затримка в розвитку мовленнєвого дихання; додаткові вдихи під час промовляння фраз (речень) |
| просодична складова | голос | | дзвінкий, багато модульований, чистий | глухий, слабкий, здавлений, затухаючий, переривчастий, нерідко з назалізованим відтінком; компенсаторне напруження м’язів глотки та шиї під час гучного мовлення |
| темп мовлення | | відповідає віковій нормі | часто прискорений, рідше – уповільнений |
| ритм | | в нормі | деяка аритмія при зв’язних висловлюваннях |
| дикція | | чітка | змазанність мовлення |
| інтонація | | відповідає віку | дещо збіднена |
| паузація | | в нормі | необґрунтована у зв’язку з недостатнім володінням мовленнєвим диханням; відсутні паузи між фразами |
| порушення звуковимови | голосних | | не спостерігається | наявне |
| приголосних | | окремих або однієї (кількох) групи | як простих, так і складних за артикуляцією; спотворення какумінальних (утворюваних при піднятому та / або злегка загнутому кінчику язика) звуків; розпад африкат на окремі складові; оглушення внаслідок утрудненого утворення динамічного стереотипу; значна кількість бокових і міжзубних варіантів унаслідок асиметричної іннервації язика |
| автоматизація звуків | | | швидка | утруднена, тривала; виправлений автоматизований ізольований звук залишається порушеним під час зв’язного мовлення |
| слуховий контроль | | | достатньо сформований | не помічаються помилки у власному мовленні |
| складова структура | | | можливі поодинокі помилки у словах складної складової структури | часто формується із затримкою; помилки в послідовності вимови складів у словах |
| порушення лексико-граматичної складової | | | не спостерігається | наявні; ускладнений вибір потрібного слова, введення лексичної одиниці в систему синтагматичних зв’язків і парадигматичних відношень внаслідок порушення мовленнєвих кінестезій; складність формування загальної схеми висловлювання, специфічні труднощі у виділенні суттєвих і гальмуванні другорядних зв’язків по причині порушень мозкової діяльності; паралічна симптоматика |
| Критичність до власного дефекту | | | | наявна | відсутня, байдуже ставлення |
| Динаміка виправлення  в ході логокорекційних ігор-занять | | | | швидка та легка | тривала та складна внаслідок резистентності (стійкості) порушення звуковимови |

**Методи діагностики та лікування**

Важливий етап − це обстеження у логопеда, у ході якого виявляються навіть приховані форми дизартрії. Процедура складається з декількох етапів, при яких дається оцінка правильності дихання і рівномірності промови, відтворення окремих звуків і усвідомлених словосполучень.

Додаткові етапи діагностики спрямовані на виявлення ділянки нервової системи, в якому знаходиться вогнище ураження. **Це можливо, завдяки специфічним методиками:**

* електрофізіологічні дослідження, в тому числі електроенцефалографія та оцінка активності лицьових м’язів;
* дослідження головного мозку шляхом транскраніального магнітного випромінювання;
* МРТ головного мозку.

Лікування дизартрії − це тривалий процес, який повністю проходить під контролем лікарів.

Логокорекція дислалій відбувається досить швидко та потребує від учителя-логопеда лише формування у дітей умінь і навичок правильного відтворення звуків, то стерта дизартрія, незважаючи на уявну парціальність порушення звуковимовної складової мовлення, є досить складним видом дизонтогенезу мовленнєвої діяльності. Дошкільники з мінімальними проявами дизартрії потребують цілеспрямованої та довготривалої логокорекційної роботи з формування фонетичної та лексико-граматичної складових мовлення.

**Література**

# Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії // *Науковий часопис* НПУ імені М. П. Драгоманова : зб. наук. пр. № 21. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. С. 226-230. (Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія)

# Сокульська О. Б. Диференціальна діагностика порушень мовного розвитку. URL : https://vit-vladimir.ru/uk/differencialnaya-diagnostika-narushenii-rechevogo-razvitiya/